

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 111

Contribution à l'étude
DES
Tumeurs primitives
de la Cloison recto-vaginale

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le lundi 18 juillet 1921

PAR

Léopold JAURÉGUY

né le 26 juillet 1896 à Tardets-Sorholus (Basses-Pyrénées)

Examineurs de la thèse	{	MM. VILLAR, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		PACHON, professeur.		
		PRINCETEAU, agrégé.		
		VENOT, agrégé.		

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Contribution à l'étude
DES
Tumeurs primitives
de la Cloison recto-vaginale

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le lundi 18 juillet 1921

PAR

Léopold JAURÉGUY

né le 26 juillet 1896 à Tardets-Sorholus (Basses-Pyrénées)



Examineurs de la thèse

MM. VILLAR, professeur, *Président*.

PACHON, professeur.

PRINCETEAU, agrégé.

VENOT, agrégé.

} *Juges.*

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales . . .	CRUCHET.	fantile et orthopédie . .	DENUCE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	PICQUE (chargé).	ladies des enfants . . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique. . .	DENIGES.
tologie.	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale . . .	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale.	BERGONIE.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		MAURIAC.
Anatomie et embryologie.	PICQUE.	Médecine générale . . .	LEURET.
	N...		DUPERIE.
Histologie	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales. . .	PERRENS.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Médecine légale . . .	LANDE.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).		GUYOT.
naturelles.	N...	Chirurgie générale . .	ROCHER.
Physique biologique et			DUVERGEY.
médicale	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique.	PERY.
dicale	N...		FAUGÈRE.
	N...	Ophthalmologie. . . .	TEULIERES.
Médecine générale. . .	PETGES.		LABAT.
	CARLES (J.).	Pharmacie	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	FAUGERE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puericulture	ANDERODIAS,
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
— de Toxicologie et Hygiène appliquée	N...
— d'Analyse chimique qualit. et quantit.	N...
— de démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
— de Microbiologie	N...
— de Pathologie interne.	MAURIAC.
— de Pathologie externe.	GUYOT.
— de Vénérologie.	PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MON FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANNES

Oculiste de l'hôpital des Enfants

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Bordeaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLAR

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

Cher Maître,

Au moment de quitter la Faculté qu'il me soit permis de vous adresser mes remerciements émus. Pendant toute la durée de mes études médicales votre sollicitude à mon égard ne s'est jamais lassée. Tant à l'hôpital complémentaire 21, que dans le service que vous dirigez à l'hôpital Saint-André il m'a été permis d'apprécier votre bienveillance et vos éminentes qualités de Professeur. C'est grâce à vos renseignements qu'il m'a été possible d'écrire ce modeste travail ; vous me faites l'honneur d'en accepter la Présidence. Permettez-moi de vous le dédier en témoignage de ma reconnaissance et de mon profond dévouement.

INTRODUCTION

Les tumeurs que l'on trouve dans le vagin sont d'origines diverses : les unes ne sont que la propagation d'une tumeur de l'utérus, les autres ont leur point de départ dans le ligament large et n'envahissent que secondairement le vagin. Ainsi un polype utérin peut envahir le vagin ; de même une tumeur du ligament large peut pénétrer dans la cloison recto-vaginale ; de même enfin un cancer du rectum envahit secondairement cette cloison recto-vaginale. Quant aux tumeurs propres du vagin elles siègent surtout sur la paroi antérieure et lorsqu'elles se développent sur la paroi postérieure elles revêtent des caractères spéciaux.

Mais si les tumeurs que nous venons de citer sont d'observation courante il en est d'autres très rares qui ont leur point de départ dans la cloison recto-vaginale. Les traités de pathologie chirurgicale les plus récents passent sous silence l'étude de ces tumeurs primitives. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

Si l'on se rapporte au travail de Heineberg, Philadelphie, 1919, sur les adéno-myomes de l'espace recto-vaginal on serait tenté de croire que les tumeurs de cet espace sont assez fréquentes, puisque l'auteur signale 2 cas personnels et d'autres cas dûs à Cüllen, Lockyer et Wilson, Allebach, Klein, Hans, Meyer, etc... Mais presque tous ces cas ont trait soit à des cancers de l'utérus propagés au vagin, soit à des fibromes utérins s'étant infiltrés dans la cloison recto-vaginale. Nous retenons donc l'impression que les tumeurs primitivement développées au niveau de cette cloison sont très rares.

En France Monsieur Bréchet a communiqué à la société de chirurgie dans sa séance du 11 mai 1921 une observation de fibro-sarcome accompagné par endroits de tissu myxomateux, qui semble bien avoir été une tumeur primitive de l'espace recto-vaginal.

Enfin Monsieur le Professeur Villar a eu l'occasion d'observer une tumeur de même origine. Il a bien voulu nous communiquer cette observation et nous permettre de la publier.

ANATOMIE

Si chez l'homme l'espace prérectal est nettement délimité en avant par une aponévrose qui le sépare de la prostate, chez la femme au-dessous du cul-de-sac de Douglas, le rectum par sa paroi antérieure vient s'appliquer contre la paroi postérieure du vagin. Ces deux organes ne sont séparés que par une trame de tissu cellulaire plus ou moins dense. Pour certains auteurs un feuillet fibreux constituerait l'homologue de l'aponévrose prostatopéritonéale. Quoi qu'il en soit, cette cloison recto-vaginale, qui sur une coupe sagittale et par suite du déplacement en arrière du rectum affecte la forme d'un triangle à base inférieure, est surtout constituée par une trame de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses, comme le dit dans son observation Monsieur Bréchet, dans certains cas nous y trouvons de plus quelques éléments épithéliaux d'origine embryonnaire. Et ceci nous explique les caractères des tumeurs développées primitivement dans la cloison recto-vaginale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'observation de Monsieur le Professeur Villar nous verrons que la masse enlevée au cours de l'opération était histologiquement classée parmi les fibro-myomes. La prolifération des fibres musculaires lisses domine ; une ébauche de strates des fibres conjonctives en certains endroits, permet de supposer que la tumeur était encapsulée au début et n'a contracté que plus tard des adhérences intimes avec les parois rectale et vaginale.

Nous retrouverons à peu près les mêmes caractères dans l'observation de Heineberg. Le tissu musculaire domine noyé dans du tissu fibreux ; quant aux îlots glandulaires que nous montre cette fois la coupe, on peut admettre qu'il s'agit d'éléments épithéliaux inclus dans la cloison primitivement à l'état embryonnaires. D'ailleurs les coupes soumises à l'examen ne présentent en aucun cas les caractères des tumeurs développées soit aux dépens du vagin, soit aux dépens du rectum.

Enfin dans l'observation de Monsieur Bréchet nous reconnaitrons le fibro-sarcome pur, mais avec des foyers de désintégration séreuse.

Partout les caractères histologiques des tumeurs considérées concordent avec les données anatomiques et la structure primitive normale de la cloison recto-vaginale.

SYMPTOMATOLOGIE

Signes fonctionnels

1° Avec Heineberg nous trouvons deux formes de douleur. Ou bien une douleur vive, sorte de tiraillement très intense s'exagérant dans la station debout, au niveau de l'hypogastre, ou bien une sensation de plénitude, de pression au niveau du rectum. Cette sensation d'après Lockyer serait plus prononcée pendant les époques, l'exacerbation persistant deux ou trois jours pour s'atténuer manifestement dans les intervalles des règles.

2° Toutefois la douleur peut ne pas inquiéter la malade et ce sont alors comme dans notre observation I un coït douloureux et de la difficulté à faire pénétrer la canule à injection qui attire l'attention de la malade. Ce symptôme initial peut apparaître alors que la tumeur est petite et n'a pas envahi encore tout l'espace recto-vaginal.

3° Les effets mécaniques de la tumeur expliquent également la difficulté qu'éprouvent les malades pour uriner et la constipation qui est la règle habituelle.

4° *Hémorragie.* — Ce signe dit Heineberg serait constaté dans tous les cas, se manifestant soit comme un prolongement des règles, soit comme un flot menstruel plus considérable pendant une période normale, soit enfin comme une combinaison de ces deux formes. Dans notre observation I la malade n'a jamais présenté de troubles semblables. De plus M. Bréchet signale dans son observation, une forte

hémorragie due à la rupture d'un vaisseau de la paroi vaginale,

Signes physiques

La tumeur se présente comme une masse dense, indurée, nodulaire ou uniforme sur ses faces, située généralement au niveau de la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin à laquelle elle adhère tout comme à la paroi rectale antérieure.

Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de délimiter dans l'espace recto-vaginal cette masse qui, quoique adhérente aux parois vaginale et rectale respecte leur muqueuse qui reste intacte. Le col est refoulé en haut et en avant derrière la symphyse pubienne, mais ne fait pas corps avec la tumeur : les mouvements imprimés à l'utérus ne sont pas transmis à la masse. Le cul de sac postérieur est occupé par le néoplasme qui refoule en avant la paroi postérieure du vagin. Les culs de sac latéraux sont libres.

La paroi rectale est également tendue sur cette masse qui retrécit sa lumière au point de provoquer un obstacle au passage des fèces. Enfin l'examen au spéculum ne fait que confirmer la saillie dans le vagin et le rectum de la tumeur qui refoule leur paroi sans cependant provoquer aucune altération.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de ces tumeurs primitives sera toujours très délicat à porter, d'autant plus qu'elles sont très rares et que souvent nous serons tentés de croire à ces tumeurs secondaires qui envahissent si fréquemment la cloison recto-vaginale et qui ont pour point de départ soit l'utérus, soit le ligament large, soit le rectum. Quelques caractères spéciaux de ces dernières tumeurs nous permettront de les éliminer.

Les tumeurs du vagin seront reconnues par leur siège superficiel. Il sera facile également de diagnostiquer un polype utérin descendu dans le vagin. En effet le doigt pourra faire le tour de la tumeur et il sera possible de constater l'existence d'un pédicule au niveau du col utérin.

Plus difficile sera le diagnostic d'avec les tumeurs utérines et du ligament large, ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. Ce diagnostic sera même impossible si l'on ne parvient pas à isoler la tumeur.

Le polype du rectum développé soit aux dépens de l'appareil glandulaire, soit aux dépens du tissu conjonctif de la muqueuse ou de la musculature de la paroi est suffisamment caractéristique. Le polype en effet n'envahit pas la cloison recto-vaginale et bien qu'au début il puisse être sessile, le toucher rectal nous renseignera sur son point d'origine.

Le cancer du rectum à une certaine période de son évolution prêterait davantage à confusion : c'est lorsqu'il aura

dépassé la paroi rectale et que la cloison recto-vaginale sera devenue le siège d'une infiltration mixte, inflammatoire et néoplasique. Mais même dans ce cas le diagnostic différentiel sera possible grâce à l'absence des signes classiques du cancer du rectum, qui font ici défaut : nous voulons parler de l'hémorragie par l'anus qui est une manifestation initiale survenant en dehors de toutes hémorroïdes externes ou internes. Il en va de même de la rectite avec ses pertes glai-reuses, dysentérieformes parfois purulentes, ou cet écoulement sanieux abondant dont la fétidité, mélange d'odeur fécale et d'ichor cancéreux, est caractéristique.

Enfin comme dernier argument le cancer du rectum n'atteint pas en général un gros volume et il a tendance à gagner du côté du rectum lui-même, plutôt que du côté du vagin.

PRONOSTIC

Le pronostic, comme dans toutes les autres tumeurs néoplasiques sera fonction et de sa nature et de sa période d'évolution. Il est à considérer que dans toutes nos observations il s'agit de tumeurs ne présentant aucun caractère de malignité. Il est toujours à craindre cependant qu'un fibrome, ou fibro-myome ne subisse une dégénérescence sarcomateuse, comme nous le verrons dans le cas cité par Monsieur Bréchet. D'autre part si la tumeur au début est justiciable d'une extirpation totale, elle contracte en vieillissant des adhérences de plus en plus intimes avec le rectum et le vagin, adhérences qui obligeront le chirurgien à pratiquer des délabrements considérables, l'opération de ce fait deviendra de plus en plus mutilante et dangereuse à mesure que la tumeur non seulement deviendra plus volumineuse, mais encore adhérera aux organes voisins.

TRAITEMENT

Sans vouloir entrer dans la discussion du traitement des tumeurs par chacune des trois méthodes rivales : chirurgie, radium, rayons X, nous retiendrons simplement le traitement employé dans les trois observations rapportées.

1. Traitement chirurgical par la voie basse

La saillie de la tumeur dans le vagin d'une part le mauvais état général de la malade d'autre part firent opter le chirurgien dans les observations I et III pour la voie basse, c'est-à-dire par le vagin. La voie d'accès vaginale ne permet pas le débridement et l'isolement intégral de la tumeur qui pour être extraite en totalité, doit être morcelée, tout en évitant de débrider de trop près les adhérences avec le rectum afin de ne pas léser ce dernier.

Nous voyons donc déjà l'inconvénient de ce procédé qui ne détuisant pas toutes les cellules néoplasiques expose à la récurrence.

La question de savoir comment il faut traiter le rectum dans ce cas a fait l'objet d'une discussion de la part de Fütth à la 84^e réunion des médecins Allemands à Munster, septembre 1912. Heineberg dans son étude sur les adénomyomes de l'espace recto-vaginal en rapporte la conclusion : « Bien que l'excision du rectum put paraître toute indiquée, dans de nombreux cas, entr'autres un cas de Fütth, il est sans inconvénient pour le malade de ne pas y toucher ».

L'avis des auteurs sur ce point est très partagé et c'est ainsi que M. Bréchet pour éviter ce danger pratiqua l'extirpation par la voie abdominale.

2. Traitement chirurgical par la voie abdominale

L'opération est grave par elle-même et plus mutilante que la précédente. Après laparatomie pour se donner du jour, Monsieur Bréchet pratiqua l'hystérectomie totale. Puis la tumeur très adhérente aux parois du vagin et du rectum est extirpée avec une partie de ces parois qui sont ensuite suturées. La suture est enfouie par le procédé habituel et la malade peut quitter l'hôpital 28 jours après en bon état. La cure paraît définitive.

3. Traitement par le Radium

Tout comme les tumeurs des organes de l'excavation, celles qui ont leur point de départ dans la cloison recto-vaginale peuvent être justiciables de la cure radiumthérapique. Chez sa malade Monsieur le professeur Villar a essayé le radium, mais les résultats de ce mode de traitement ne sont pas encore connus.

OBSERVATION I

Tumeur primitive de l'espace recto-vaginal (fibro-myome) par M. le Professeur Villar. (Société de chirurgie, séance du 29 juin 1921).

« M^{me} G..., cinquante huit ans, réglée à treize ans et toujours bien réglée. Mariée à vingt-trois ans, elle eut un enfant qui est en bonne santé. Ménopause à quarante-huit ans. Il y a vingt-cinq ans, la malade aurait eu une maladie de foie et une pleurésie.

En 1918, M^{me} G..., éprouve une sensation de boule au

niveau du vagin et quelques difficultés pour uriner. Elle constate aussi que la canule à injections pénètre difficilement. A part cela, pas de douleurs, pas de pertes soit blanches, soit sanguines. Légère constipation. L'état général restait excellent et la malade continuait à vaquer à ses occupations personnelles.

Je vois la malade le 26 juillet, voici ce que je constate à cette époque : En pratiquant le toucher vaginal le doigt est arrêté par une grosse tumeur dure mamelonnée, qui semble au premier abord remplir tout le vagin.

Cette tumeur fait corps avec la paroi postérieure dont la muqueuse lui adhère d'une façon intime ; il est impossible de glisser le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale postérieure. En contournant la tumeur par en haut, le doigt la repousse en arrière et peut s'engager à frottement un peu dur entre sa face supérieure et la paroi vaginale antérieure. Il est alors permis de constater qu'elle s'étend de bas en haut, depuis l'entrée du vagin jusqu'au cul-de-sac postérieur descendant largement la cavité vaginale. Le col que l'on a de la difficulté à sentir, est situé très loin et repoussé en avant ; malgré une palpation abominale profonde, on n'arrive pas à sentir le fond de l'utérus. Par le toucher rectal, on sent une grosse masse dure et bosselée semblable à celle qui est perçue par le vagin ; cette masse bombe dans le rectum dont la muqueuse lui adhère intimement. Pas de douleurs, ni spontanées, ni à la pression. Pas de métrorragies ; la miction encore un peu difficile s'exécute mieux qu'il y a quelques mois.

Au premier examen on pourrait penser à un polype utérin ayant envahi le vagin, ou à une tumeur utérine ou péri-utérine s'étant infiltrée dans la cloison recto-vaginale. Mais un polype utérin aurait été libre dans le vagin et une tumeur utérine ou péri-utérine ayant décollé la cloison ne serait probablement pas descendue aussi bas et n'aurait pas acquis un pareil volume.

Du reste par le palper abdominal on ne sentait rien du

côté de l'excavation. Il n'y avait pas lieu de songer à une tumeur à point de départ rectal, ayant repoussé la cloison en avant, car, si la muqueuse rectale adhérait à la tumeur, elle était tout à fait intacte. En outre, la forme et le volume de la tumeur n'étaient guère en faveur d'une tumeur rectale.

Il devait donc bien s'agir d'une tumeur développée primitivement dans la cloison recto-vaginale.

J'opérai la malade le 29 août. Deux voies s'offraient pour l'extirpation de la tumeur : la voie vaginale et la voie abdominale. La saillie de la tumeur du côté du vagin m'engagea à l'attaquer par les voies naturelles. Après avoir incisé la muqueuse vaginale, je cherchai à énucléer la tumeur. Mais celle-ci n'était pas encapsulée et son adhérence à la muqueuse vaginale et rectale était telle, que j'aurais dû, pour pratiquer une opération complète, extirper la totalité de la paroi postérieure du vagin et une grande partie de la paroi antérieure du rectum.

J'aurais, du reste, rencontré le même inconvénient par la voie abdominale. Aussi me suis je contenté de morceler la masse et d'en enlever la plus grosse partie.

L'examen histologique des fragments extirpés a été pratiqué par le Docteur Bonnin qui m'a remis la note suivante :

La pièce remise est constituée par des faisceaux de cellules musculaires lisses qui s'entrecroisent en tous sens, formant des amas concentriques ou des tourbillons très diversement ondulés. Ces fibres musculaires ont en général, leurs caractères normaux : dimension uniforme en forme de bâtonnet étroit très allongé, flexueux, parfois replié. Certains faisceaux de cellules présentent une infiltration œdémateuse assez marquée. Mais nulle part on ne voit d'images cellulaires ou nucléaires malignes. Le tissu conjonctif assez peu abondant, est décelé par les colorations spéciales (Van Gieson) sous forme de nappes interfasciculaires discrètes. Il n'y a aucune réaction lymphocytaire. Il n'y a pas non plus de foyers inflammatoires aigus ni chroniques.

Les vaisseaux sont très peu abondants ; ceux qui existent

ont une paroi très peu développée, réduite souvent à un endothélium sans qu'on puisse attribuer à cet aspect un caractère de malignité spécial, en l'absence de caractères cytologiques de malignité.

Une petite région de la pièce en bordure montre une sorte de capsule assez épaisse composée de 2 à 4 strates de fibres conjonctives épaisses, séparées par quelques cellules musculaires ; cette région est en mauvais état ; mais il ne paraît pas s'agir de revêtement épithélial.

En résumé fibro-myome oedémateux par places, peut-être encapsulé par une gaine conjonctive.

Suites opératoires bonnes. Mais pendant cinq mois la malade éprouva des douleurs au niveau du vagin et de la difficulté pour uriner. Au mois de juin 1920 elle fait une saison à Salies. Après ce séjour à Salies, apparition de petites hémorragies qui durent cinq à six mois pour disparaître ensuite complètement.

Au mois de mai dernier, je revois la malade et voici quel était son état actuel :

1° Il persiste encore une masse indurée qui fait saillie dans le vagin et le rectum ;

2° La malade a des pertes claires : c'est comme de l'eau, dit-elle. Mais pas d'hémorragies, pas de constipation, la miction est normale et l'état général est florissant.

Nous décidons avec mon collègue le Dr Réchou de faire une application de radium. Nous attendons le résultat de cette application.

OBSERVATION II

M. Bréchet, Chirurgien des Hôpitaux

Sur un cas de fibro-sarcome, de la cloison recto-vaginale opéré à l'hôpital Boucicaut en mai 1919. Bulletins et mémoires de la Société de clinique de Paris, séance du 11 mai 1921. Rapport de M. P. Alglave.

Une malade âgée de 44 ans entre d'urgence à l'hôpital Boucicaut, en mai 19, pour pertes sanguines très abondantes.

Jusqu'au 28 mars précédent elle avait joui d'une bonne santé, mais, à ce moment là, une 1^{re} hémorragie vaginale abondante était survenue, ayant donné lieu à un état syn-copal et obligé la malade à rester alitée pendant quelques jours.

Dans le passé; elle avait eu deux accouchements normaux dont le dernier datait de 19 ans et aucun malaise n'avait jamais attiré son attention sur la tumeur qui venait de donner lieu à une hémorragie.

A l'examen clinique et par le toucher vaginal on trouve le col entr'ouvert, mais il est de volume et de consistance normaux. Il est toutefois refoulé en haut et en avant, derrière la symphyse pubienne, par une masse arrondie, uniformément dure et rénitente. Cette masse obstrue le cul-de-sac postérieur du vagin et refoule en avant la moitié supérieure de la paroi vaginale postérieure. Elle est indolore, immobile verticalement et transversalement et ne participe pas aux mouvements du col utérin. La muqueuse de la paroi vaginale postérieure est étroitement tendue sur la tumeur qui la refoule.

L'exploration des culs-de-sac latéraux ne révèle pas de lésions utéro-annexielles. Le corps utérin n'est pas perçu par le palper hypogastrique.

Par le toucher rectal, on sent que la tumeur fait une

saillie plus forte dans le rectum et qu'elle présente plusieurs nodosités. La muqueuse rectale est tendue sur elle comme l'était la muqueuse vaginale.

Dans son ensemble, la tumeur semble avoir le volume d'une très grosse orange.

L'examen du vagin au spéculum montre que la paroi vaginale a une coloration normale. Elle est repoussée par la tumeur mais ne fait pas corps avec elle.

L'opération est pratiquée par M. Bréchet le 10 mai 19 à la faveur de l'anesthésie à l'éther.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

L'utérus est petit, masqué partiellement par l'S iliaque qui est adhérente à la trompe gauche après libération de l'utérus on trouve le Douglas occupé par une tumeur, rouge nodulaire que l'on ne peut séparer ni du vagin ni du rectum. Pour se donner du jour on pratique l'hystérectomie totale, on s'efforce ensuite de libérer la tumeur ; dans ces manœuvres le rectum s'étant trouvé ouvert sur une longueur de 5 à 6 cm. et une largeur de 8 cm., on le suture et on enfouit la suture.

L'opération se termine simplement.

Les suites sont satisfaisantes et la malade quitte l'hôpital le 28^e jour en bon état.

L'examen histologique de la tumeur est pratiqué par M. Letulle ; en voici le compte-rendu :

Il s'agit d'un fibro-sarcome accompagné par endroits de tissus myxomateux : fibro-myxo-sarcome dans ces points. De place en place, on découvre des foyers de désintégration séreuse des masses sumorales et quelques îlots lymphocytaires assez abondants, qui se répartissent autour des foyers désintégrés.

OBSERVATION III

publiée par le Docteur Heineberg de Philadelphie

Sur un cas d'adéno-myome de la cloison recto-vaginale. (The American Journal of obstetrics and diseases of women and children, avril 1919)

La malade se présente au Docteur Heineberg le 5 juin 1918. Elle est âgée de 45 ans. Réglée pour la première fois à 12 ans, les règles sont restées très irrégulières et douloureuses.

Mariée à 17 ans, elle eut deux grossesses ; la première il y a 16 ans se termina par un accouchement normal ; la seconde, il y a 12 ans se termina par une fausse-couche.

La malade se plaint depuis de maux de tête, de douleurs abdominales qui vont s'accroissant tous les jours au point de troubler son sommeil. Elle éprouve de la difficulté à la défécation et fait de la rétention d'urine. A l'examen de l'abdomen on trouve en effet une masse vésicale, globulaire s'étendant du pubis à l'ombilic ; masse qui disparaît après sondage par l'expulsion de 700 cm³ d'urine. Par le toucher vaginal on trouve l'utérus prolabé, le col de consistance normale faisant partiellement saillie à travers l'orifice vaginal. L'exploration de la paroi postérieure du vagin décelé à 5 cm de l'orifice vaginal une masse dure, dense, de forme irrégulière qui refoulant la paroi postérieure plonge dans la cavité vaginale.

C'est le toucher rectal qui permet de mieux situer encore le siège de la tumeur entre les parois rectale et vaginale. La muqueuse rectale peu mobile sur la masse n'est cependant pas intéressée.

La tumeur n'est pas mobile.

L'examen du vagin au spéculum laisse apercevoir, les nodules décelés par le toucher. Ils ont l'aspect de polypes

allongés (5 cm. $\times$ 2, 5) tombant dans le vagin ; ils ont la couleur de la muqueuse vaginale qui les recouvre, un seul toutefois présente une teinte bleuâtre.

L'intervention chirurgicale est pratiquée le 12 juin 1918. Anesthésie à l'oxyde-nitreux-éther. L'état général de la malade étant peu satisfaisant la voie basse paraît la mieux indiquée. Le pourtour de l'excroissance est incisé à travers la paroi vaginale postérieure ; la tumeur séparée du rectum est excisée en majeure partie. L'ouverture vaginale est fermée sans drainage.

L'examen histologique est pratiqué par le docteur Elles : C'est une masse de tissu rougeâtre dont l'une des faces est recouverte en partie par une muqueuse grise, molle soulevée en un point par un petit kyste sous-jacent. Le microscope permet de constater sous un revêtement de cellules épithéliales une trame de tissus fibreux et musculaire avec prédominance de ce dernier ; par endroits quelques îlots glandulaires.

On fait le diagnostic d'adéno myome de l'espace recto-vaginal.

CONCLUSIONS

Il semble donc résulter :

1. Qu'à côté des polypes utérins descendus dans le vagin, des kystes ou épithéliomes du vagin, des fibromes utérins engagés dans la cloison recto-vaginale et des cancers de l'utérus ayant infiltré le vagin, il existe des tumeurs développées primitivement dans la cloison recto-vaginale.

2. Que cette localisation est rare.

3. Qu'il s'agit le plus souvent de fibro-myomes.

4. Qu'il faut intervenir de bonne heure parce que ces tumeurs ont une tendance à grossir et à contracter des adhérences avec les parois vaginale et rectale. Ce qui force le chirurgien soit à pratiquer une opération incomplète, soit à pratiquer une opération mutilante qui peut entraîner des conséquences fâcheuses.

Nous ajoutons en terminant que cette question des tumeurs primitives de l'espace recto-vaginal demande à être étudiée d'une façon plus complète, avec des documents plus précis que ceux que nous possédons actuellement.

Vu : bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

F. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*

D^r SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 9 juillet 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

HEINEBERG — The américain jornal, of obstetrics and diseases
of women and children, avril 1919.

Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris,
11 mai 1921, 5 juillet 1921.

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE

15, COURS DE LA MARNE.
